Tom. III. *Luty 1901.* № 2.

Czasopismo Lekarskie

O gorączce siennej i jej leczeniu.

Podał Dr. med. **Aleksander Simon** (Wiesbaden).

John Bostock opisał w r. 1819-ym gnębiące go, a wówczas nieznane jeszcze, cierpienie, które póżniej nazwano gorączką sienną (hay-fever), nieżytem letnim (catarrhus aestivus), chorobą Bostock'a. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że wielu autorów zalicza do gorączki siennej stany chorobowe, które z nią nic wspólnego nie mają, tem niemniej jest pewnem, że typowa choroba Bostocka należy do cierpień dość często śród rasy anglosaskiej spostrzeganych. W Niemczech i innych krajach zdarza się znacznie rzadziej, a o przypadkach u nas spostrzeganych nic mi nie jest wiadome, chociaż przypuścić należy, że przy bacznej w tym kierunku uwadze, zwłaszcza w ogniskach przemysłowych, takowe odszukać się dadzą.

Powyższe cierpienie przejawia się jako corocznie w porze ciepłej (zwykle na wiosnę) powracający gwałtowny stan zapalny łącznicy, gardzieli, nosa oraz dróg oddychowych. Ten nieżyt zarówno w całym swoim wieloletnim przebiegu, jako też w corocznych nawrotach, rozwija się w sposób typowy; dzieci cierpią głównie na oczy i nos; do tego—w wieku młodzieńczym—przyłącza się dychawica, która z czasem na pierwszy występuje plan i nie odstępuje swej ofiary aż do śmierci. W krytycznym czasie nawrotu objawia chory nadzwyczajną, w innej porze nie istniejącą, wrażliwość względem najłagodniejszych bodźców: podmuch wiatru, pyłek w powietrzu, promień słoneczny, a zwłaszcza kurz, suche gorące powietrze oraz zbliżenie się do łąki, do stogu siana — wywołują pogorszenie stanu zapalnego oraz silne napady dychawicy. Nawrot trwa 6—8 tygodni, zwolna ustępując miejsca zdrowiu, zaś w następnym sezonie cierpienie powraca.

Co do istoty choroby i jej patogenezy, to różne tworzono o niej hypotezy, z których największe rozpowszechnienie znalazło

domniemanie Blackley'a, według którego przyczyną gorączki siennej jest pyłek z kwiecia przeszło 76-iu rodzin roślinnych. W różnych krajach oskarżano różne rośliny, również i poszczególni chorzy w niejednakowym stopniu reagowali na różne gatunki pyłku kwiatowego. Najszkodliwszy wpływ wywierają trawy (Gramineae), najobojętniejszy--skrytopłciowe (Phanerogama). Teorya pyłkowa ścisłej krytyki nie wytrzymuje, chociaż pyłek z kwiecia wywołuje—u osób chorych—pogorszenie cierpienia oraz napady dychawicy. Znamy jednak i inne czynniki, pogarszające sprawę chorobową w równym stopniu, jako też chorych, na których pyłek wcale nie działa ujemnie; wreszcie, pamiętać należy, że nie każdy nieżyt dróg oddychowych oraz dychawica, wywołane przez pyłek roślinny, stanowią typową chorobę Bostock'a, bo w tym względzie istnieją idyosynkrazye, zwłaszcza u osób nerwowych.

Choroba Bostocka przedstawia typowy, ściśle się wyróżniający, obraz nozologiczny. Najwięcej odpowiada współczesnym pojęciom naukowym pogląd, wypowiedziany już w roku 1868 przez Helmholtz'a, który sam cierpiał na nieżyt letni, że jest to choroba zarazkowa, wywoływana, prawdopodobnie, przez prątek przez H. wyodrębniony, ale dokładniej dotąd niezbadany.

Przypadek, który spostrzegałem osobiście dotyczy 33-letniego mężczyzny z miasta Fort na Szlązku, niemca, z zawodu chemika (na hay-fever wogóle zapadają prawie wyłącznie uprzywilejowane klasy), pochodzącego ze zdrowej nie neuropatycznej rodziny, nie cierpiący na dyatezę moczanową. Pan R. H. przechodził w życiu z chorób poważniejszych li tylko w dzieciństwie zapalenie płuc, nadużywał wyskoku nie więcej, niż to jest we zwyczaju u młodzieży niemieckiej. Pierwsze objawy gorączki siennej wystąpiły u niego 14 lat temu t. j. w 19 roku życia, w końcu maja, po silnem przeziębieniu wskutek kąpieli rzecznej. Od tej pory wywołują u niego kąpiele na otwartem powietrzu znaczne pogorszenie choroby. Cierpienie wystąpiło początkowo jako nadzwyczaj silny katar nosa, który trwał pomimo wszelkiego leczenia do jesieni, zimą znikał bez śladu, powracając na wiosnę w coraz silniejszym stopniu, tak, że chory zużywał po kilkanaście chustek i więcej na dobę, kichał po kilkadziesiąt razy na godzinę. Dopiero w 4-ym roku choroby—pod tym względem mój przypadek różni się od dotychczas opisanych—razem z nieżytem nosa wystąpiły w końcu maja objawy zapalenia łącznicy, które również z każdym rokiem się pogarszało. W końcu sierpnia powracał p. H.—bez pomocy lekarskiej—zwolna do zupełnego zdrowia. 9 lat temu w lipcu wystąpił u niego nagle wieczorem pierwszy napad dychawicy. Napady te powracały co wieczór koło godziny 10-ej, trwały godzinę i kończyły się jako atak kaszlu, przyczem chory wykrztuszał obfitą śluzową plwocinę. Sen po napadzie zawsze był dobry, a zrana pacyent czuł się

świeży, niezmęczony. Dychawica stale ustępowała wcześniej, niż inne objawy, w początku sierpnia, zjawiała się zaś w pierwszych dniach lipca. Im lato bywało gorętsze, tem gwałtowniejsze ataki były, w czasie dżżystym wcale nie występowały. Chory do końca lipca mógł pracować, dopiero o tej porze zapalenie łącznicy dosięgało takich rozmiarów, że przez kilka tygodni bywał on skazany na zupełną bezczynność. 2 lata temu dychawica się pogorszyła, napady występowały wieczorem już koło 6-ej godziny i trwały prawie do północy. Ulgę sprawiał jedynie jodek potasu w dawce 1,0 g. i więcej dziennie, w przeciągu trzech letnich miesięcy, poczynając od połowy Maja, i spalanie papierków saletrzanych; wtedy chory napadów dychawicy nie miał. Jeśli tę kuracyę przerywał — dychawica wnet powracała, jak również po wypiciu ciemnego piwa bawarskiego, (piwo pilzeńskie, wino, nawet szampańskie i to w większych ilościach, choremu nie szkodziły). Zmiana powietrza, krótki pobyt nad morzem nie sprawiały żadnej ulgi, spacery zaś, zwłaszcza po polach, łąkach i ogrodach owocowych, jazda koleją, powozem, zwłaszcza przy kurzu — zawsze stan pogarszały.

W zeszłym roku przechodził on systematyczną kuracyę arsenową przez 3 miesiące (luty, marzec, kwiecień), stosując przy tem, jak zwykle, jodek potasu, przyczem nieżyt nosa przyjął postać nieco łagodniejszą. I w roku bieżącym, w miesiącach: lutym, marcu, kwietniu zażywał p. H. arsen, jodku potasu natomiast w tym roku wcale nie brał.

Choroba w tegorocznym sezonie wystąpiła, jak zwykle, w połowie maja jako silne zapalenie oczu, zwłaszcza łącznicy, do którego wkrótce się dołączył nieżyt nosa. Dnia 9-go Czerwca przeprowadził się pan H. do Wiesbadenu. Tutaj choroba w pierwszych dniach jego pobytu zwykłą przebiegała koleją, aż d. 13-go czerwca wieczorem o godz. 9-ej chorego zaskoczył gwałtowny napad dychawicy, który trwał, pomimo zwykle skutecznego spalania papierków saletrzanych oraz zażywania morfiny, przeszło 6 godzin. Charakter duszności, którą osobiście obserwowałem, był przeważnie wydechowy, chociaż i wdych wydał mi się nieco utrudnionym. Chory leżeć nie mógł, niespokojnie chodził po pokoju lub też siedział z rozszerzoną klatką piersiową; po północy napad ustąpił, a chory zasnął nad ranem. Następnego dnia przy przedmiotowem badaniu znalazłem błonę śluzową łącznicy, gardzieli i nosa przekrwioną i nieco obrzmiałą. Ciepłota ciała o g. 11-ej = 36,8°C. Od tego dnia chory zażywać zaczął siarczan atropiny w rozczynie wodnym (0,01:30,0), a mianowicie d. 14 Czerwca przed wieczorom 0,00015 g. atropiny, d. 15.VI w ciągu dnia 0,00015 g. d. 16.VI dwa razy dziennie po 0,00015 g. d. 17.VI w ciągu dnia raz jeden 0,00015 g., wogóle w ciągu 4 dni zużył 0,00075 g. atropiny, a więc ilość nadzwyczaj małą. Od tej pory napady dychawicy do końca sezonu nie wróciły, pomimo to, że ani atropiny więcej nie podawałem, ani też nie stosowałem jodku potasu. Od czasu do czasu czynił chory spacery i wycieczki koleją, bez szkody.

Na zapalenie łącznicy i nosa terapia powyższa nie zdawała się wywierać wpływu: dopiero w końcu lipca zmuszony był chory, wskutek przypadkowego urazu lewego oka, przez 10 dni nie opuszczać przyciemnionego pokoju, w którym to czasie nieżyt łącznicy i nosa bez interwencyi lekarskiej znikł bez śladu. Od tego czasu jest p. H. całkiem zdrowy i bezkarnie znosi takie szkodliwości, jak piwo bawarskie, spacery po łąkach, oddychanie kurzem i t. d.

Ścisła analiza krytyczna powyższego spostrzeżenia zniewala mnie do przypisania jedynie atropinie wpływu leczniczego. Jodek potasu, uprzednio systematycznie podawany przez kilka miesięcy, dodatnio działał na dychawicę, ale wywoływał wysypki i zwiększenie nieżytu.

W powyższym przypadku widzę jednę z tych postaci dychawicy, na które niekiedy atropina wywiera wpływ niezrównany. Przeciwko dychawicy stosowano ją już od czasów Trousseau'a ale na długo poszła w zupełne zapomnienie i dopiero w ostatnich latach nanowo do terapii dychawicy wprowadzona została.

W dyskusyi na ostatnim IX-ym Zjeździe Krakowskim sąd obecnych kolegów był w tym względzie dość chłodny, tem niemniej o sprawie tej rzec można: „jus est sub lite". Czy stosowano wogóle atropinę per se przeciwko dychawicy siennej i z jakim skutkiem, o tem przekonać się nie mogłem. Co prawda, niektórzy autorowie chwalą kuracyę Trousseau'a, polegającą na systematycznem podawaniu chininy i belladonny, a zwłaszcza Dechambre był zadowolony, kiedy w jednym przypadku zastąpił belladonnę — atropiną.

Ogół piszących o tej chorobie przyznaje, że wyleczonego przypadku po dziś dzień nie spostrzegano i że do najuporczywszych objawów gorączki siennej należy dychawica.

W powyższym przypadku najskuteczniejszem okazało się następujące postępowanie: przeciwko zapaleniu łącznicy kwas borny (obmywania oczu i okłady z 3% roztworu wodnego); przeciw nieżytom nosa i kichaniu—zażywanie następującego proszku z cukrem:

Rp. Cocaini mur.
Mentholi aa 0,2
Acidi borici pulv. 10,0
Mf.-pulvis.

Obfite smarowanie nosa gliceryną zabiegało nadżeraniu skóry przez wydzielinę nosową.

W zwalczaniu i zapobieganiu dychawicy mamy do wyboru jodek potasu oraz atropinę. Przeciwko krwotokom z nosa okazały się skuteczne środki hemostatyczne, podawane per os.

Systematyczna kuracya arsenem i chininą przez kilka miesięcy przed porą letnią, raz jeden lub 2—3 razy powtórzona, zwłaszcza u osobników młodych, stanowczo jest niekiedy wskazana.

Nie łudząc się bynajmniej nadzieją, że, postępując w sposób pywyższy, zdołamy radykalnie usunąć cierpienie, sprawiamy jednak wielką ulgę, oraz dajemy choremu możność nieprzerywania zarobkowania. Nadto możemy zapobiedz najprzykrzejszej komplikacyi—dychawicy.

Wiesbaden w Sierpniu 1900.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej D-ra St. Serkowskiego w Łodzi.

O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich.

Podał Dr. **A. Tumpowski.**

(Podług odczytu w Tow. Lek. Łódz. d. 16.I, 1901.)

Spotykając się w prasie zagranicznej z coraz liczniejszymi opisami chorób, a nawet epidemij, wywołanych przez spożywanie „świeżego" mięsa, zakażonego przez różne bakterye, rozpocząłem badania bakteryologiczne mięsa z rzeźni, sklepów i jatek łódzkich. Zaznaczyć jednak muszę, że w danej pracy bynajmniej nie chodziło mi o zbadanie chemiczne różnych okresów fermentacyi i gnicia, w jakich znajdować się może mięso. Różnym tym okresom, dokładnie gatunkowanym już przez Eber'a, odpowiada różny stopień rozkładu mięsa; nie wyklucza to jednak tej możliwości, że i w niezmienionem, t. zw. „świeżem" mięsie znajdować się mogą zarazki chorobotwórcze. Cel więc moich badań polegał nie na określeniu stopnia rozkładu, lecz na wyświetleniu, czy mięso w jatkach i wędliniarniach, *napozór zupełnie świeże*, nie zawiera bakteryi chorotwórczych.

O tem, że miejscowe mięso bywa nieraz podejrzane, wiedziałem poprzednio. W lecie, naprzykład, roku ubiegłego w stolcu dziewczynki, cierpiącej na silną biegunkę, kol. Serkowski stwierdził niezliczoną ilość poczwarek z mięsa t. zw. sarcophaga carnaria; a niedawno znów na wątrobie zajęczej, przysłanej do analizy—distomum hepaticum. Z własnej znów obserwacyi pamiętam dwa sklepy rzeźnicze, w których napotkałem następujące stosunki: w piewszym sklepie właściciel, czynny przy sprzedaży i krajaniu mięsa, dot-

knięty był gonorrhea, dzieci zaś, mieszczące się w pokoju sąsiednim — ophtalmia blenorrhoica; w pokoju, leżącym tuż obok drugiego sklepu rzeźniczego, leżała kobieta w ostatnim okresie suchot płucnych. Prócz tego, w jamie ustnej jednego z kolegów stwierdzony został za pomocą hodowli gatunek chorobotwórczy, proteus vulgaris, który — jak wiadomo — bywa sprawcą wielu chorób, a—jak się okaże poniżej—wielki ma związek z mięsem łódzkiem.

Zarówno więc teoretyczne, jak ściśle praktyczne, względy były dla mnie pobudką do wykonania badań, których pierwszą seryę przytaczam poniżej. Nie potrzebuję dodawać, że szczepienie bakteryj z mięsa odbywało się z zachowaniem wszelkich możliwych aseptycznych ostrożności, i że równocześnie dla kontroli było badane powietrze w niektórych sklepach i w samej pracowni.

	Gatunek mięsa	Zkąd wzięte	Rozpoznanie
№ 1	Mięso wołowe	z jatki przy ul. Mikołajewskiej	**proteus vulgaris.**
№ 2	Mięso wołowe	z jatki na rynku	bacillus mycoides.
№ 3	Mięso siekane (na kotlety)	z wędliniarni przy ul. Piotrkowskiej.	sarcina alba, sarcina lutea, bac. subtilis.
№ 4	Kiełbasa	ze sklepiku na ul. Nawrot	**proteus vulgaris.** bacillus subtilis, pleśń.
№ 5	Mięso siekane (na kotlety)	z wędliniarni w dzielnicy Nowego Rynku	**microc. tetragenus,** **pleśń.**
№ 6	Serdelki	z wędliniarni przy ul. Piotrkowskiej	bac. subtilis, sarcina lutea, pleśń.
№ 7	Szynka	z wędliniarni w dzielnicy kolejowej	micr. albatus Kern.
№ 8	Kiełbasa	ze sklepu rzeźniczego w dzielnicy ul. Milsza.	**proteus vulgaris,** b. mesentericus vulgatus b. fluorescens liquef.

Na osiem więc badań w porze zimowej znalezione zostały cztery, aż cztery razy, bakterye chorobotwórcze!

W powietrzu zaś rzeźni znalazłem (szalki Petri'ego otwarte były podczas bicia zwierząt) *diplococcus Fraenkeli*, stwierdzony za pomocą preparatów, barwionych według Grama, i kolonii. W czystej hodowli jednak nie mogłem go otrzymać z powodu nadzwyczaj szybkiego rozwoju bakteryi peptonizujących.

Dla wyjaśnienia tych wyników pozwolę sobie pokrótce streścić znaczenie oddzielnych postaci drobnoustrojów, które zostały przezemnie znalezione. Rozpocznę od protei vulgaris, który trzy razy był wyosobniony z mięsa. Najważniejszą z właściwości tego drobnoustroju jest ta okoliczność, udowodniona przez Brieger'a, że *wytwarzane przezeń toksyny nie giną podczas gotowania mięsa*, i że *w późniejszyzh okresach gnicia*, wywołanego przez tę bakteryę, *zamiast trujących wydzielają się produkty nieszkodliwe*. A więc w mięsie, napozór świeżem, drobnoustrój omawiany wywołać może zmiany, wysoce szkodliwe dla orgazizmu człowieka, zmiany, na które nie wpływa nawet gotowanie!

Proteus vulgaris wywoływać może cystitis (Schnitzler), oophoritis (Welen), pyaemia (Neumann), pleuritis (Charin), cholera infantum (Booker) i t. d., Jaeger uważa tę samą bakteryę za przyczynę choroby Weil'a, a Posner i Cohn (Berl. klin. Wochenschr. 1900 № 31) przypisuje proteo vulgari, na równi z lasecznikami kątnicy, paciorkowcami i gronkowcami pierwszorzędną rolę w zaburzeniach organów moczowych.

W ostatnich czasach wielokrotnie wskazywano na proteus vulgaris, jako na najważniejszą przyczynę zatrucia mięsem. Levy, Jäger, Wesenberg, Silberschmidt i Glücksmann opisali epidemie, wywołane przez omawiane drobnoustroje, które znajdowali we krwi chorych, w moczu, w narządach wewnętrznych i w samem mięsie, które zatrucie spowodowało.

W pewnej miejscowości w Szwajcaryi, według badań Silberschmidt'a (Zeitschr. f. Hyg. 1899 № 30 str. 328), naraz po spożyciu kiełbasy zachorowało aż 45 osób, a z tych jedna wkrótce zmarła. Chemiczne badanie nie doprowadziło do żadnego wyniku, natomiast bakteryologiczne wykazało obecność w kiełbasie protei vulgaris. Po spożyciu niewielkiego kawałka wieprzowiny — jak opisuje nasz rodak Zygmunt Glücksmann z Zurichu (Centralbl. f. Bakteriologie. 1899. XXV № 20 str. 696) zapadły ciężko na zdrowiu dwie osoby, z których jedna zmarła po dwóch dniach przy objawach gastroenteritis acuta. Według słów G., „die Untersuchung des Fleisches ergab das Vorhandensein des Bacillus Proteus vulgaris, der neben seinen Stoffwechsel Produkten die Erkrankung und den Tod der betreffenden Person verursachen konnte“ (str. 700).

Nie będziemy tu opisywać hodowli omawianej bakteryi, poprzestając na zaznaczeniu, że niedawno wyszła obszerna bardzo monografia L. Feltz'a p. t. „Le Proteus vulgaris“, Paris, 1900, która omawia bardziej szczegółowo drogi, jakiemi mikrob ten dostać się i wywołać może zaburzenia w ustroju (str. 98). Dodam tylko, że z mięsa № 1 wyosobniony proteus był zaszczepiony pod skórę śwince morskiej; w miejscu zaszczepienia utworzył się ropień, w którym znalazłem, prócz ziarniaków gnilnych, także typowe laseczniki protei, barwiące się według Grama, i powtórnie wyosobnić mi się je udało w hodowlach.

Znalezionego w mięsie siekanem micr. tetragenum Gaffky zaliczają obecnie bakteryolodzy do drobnoustrojów gnilnych i przypisują mu wielkie znaczenie przy gruźlicy płuc. To pewna, że i w jamie ustnej, jakkolwiek spotyka się u osób zdrowych, wywołać może poważne zaburzenia. Tak, np. Lartigan (Centralbl. f. Bakteriologie 1900. XXXIII № 12—13, str. str. 393) znalazł te czworniaki w czystej hodowli w jednym przypadku anginae acutae, a w dwóch innych w połączeniu z białym gronkowcem i lasecznikiem okrężnicy; czworniaki te wstrzykiwał królikom i świnkom morskim i wywoływał w ten sposób u zwierząt zaburzenia śmiertelne.

Widzimy więc z powyższego, że mięso, które spożywamy, nie jest bynajmniej uchronione od bakteryj *chorobotwórczych*. Sprawa ta jest zbyt poważna, aby nad nią można przejść do porządku dziennego; należy koniecznie rozważyć, w jaki sposób zabezpieczyć mięso można od owych natrętnych zarazków.

Kwestya cała znacznie się wyświetli, gdy wspomnimy, że inne znalezione bakterye, przeważnie gnilne, znajdują się obficie w ziemi wodzie i powietrzu (resp. kurzu), i zechcemy naocznie się przekonać, jak wygląda nasza rzeźnia i jakie istnieją warunki hygieniczne w naszych jatkach i wędliniarniach. Oczywiście, nie lepsze stosnnki istnieją i w innych miastach, ba — nawet w samej Warszawie.

Wstąpmy do pierwszej lepszej jatki na Zielonym lub Starym Rynku w Łodzi, czy też do Bazaru w Warszawie (przy ul. Leszno), a rzuca się nam w oczy następujący obraz. W brudnym, pokrwawionym fartuchu rzeźnik rąbie mięso na pieńku, przesiąkniętym od wielu lat i ciągle nasycanym nowem podłożem do rozwoju bakteryj—krwią. Na ścianach wiszą, a także stoją oparte o ścianę, duże kawały mięsa, chciwie oblizywąne przez zgłodniałą rzeszę psów, wiecznie uwijających się koło jatek, które stoją otworem. Czyż dziwić się można, że z pieńka, z fartucha, z kurzu, z ziemi krwią zbryzganej, z ubrania przychodzących kucharek, z rąk rzeźnika, z psich mord i przez owady dostają się na mięso, prócz gnilnych i chorobotwórcze bakterye? Pokażcie mi w Łodzi choćby jedną jatkę, dużą, przestronną, przewietrzaną, zaopatrzoną w szafy z lodowniami, w odpowiednią podłogę i jednego rzeźnika w ubraniu schludnem, w czystym fartuchu, dbałego o czystość choćby tylko rąk własnych.

Bakterye chorobotwórcze, jak widać z powyższej tablicy, znajdują się też w rzeźni, gdzie—aż do wybudowania nowej—trwać będą trudne do wiary sceny niechlujstwa i brudu, oraz w sklepikach i wędliniarniach. Ale i temu faktowi przestaniemy się dziwić, gdy bacznie przypatrzymy się paniom sprzedającym, ufryzowanym wprawdzie, ale równocześnie „noszącym na paznogciach żałobę", kaszlącym podczas krajania mięsa wprost na to ostatnie (microc. tetragenus?), zawijającym je w podejrzany papier. Nigdzie lodowni, nigdzie wentylacyi, nigdzie światła.

Oczywiście, zdarzać się też mogą wypadki zakażenia mięsa przez szkodliwe drobnoustroje bez i pomimo woli właściciela sklepu, choćby wskutek uiedostatecznego solenia lub nieumiejętnego wędzenia. Szczegóły p. w książce „Der Laien-Fleischbeschauer“, Berlin, 1901.

Sądzę, że wyniki niewielkiej liczby mych badań nie są pozbawione pewnej praktycznej doniosłości, zwłaszcza dla Łodzi wobec bardzo rozpowszechnionego w niej zwyczaju spożywania mięsa surowego i nawpół-surowego. Nie mając zamiaru przesądzać faktów, przypuszczam jednak, że powtórzenie i wykonanie w szerszym zakresie tychże doświadczeń w lecie może dać bardzo pouczające wyniki.

Wypożyczalnie sprzętów i przyrządów do pielęgnowania chorych.

Sztuka pielęgnowania chorych posługuje się obecnie znacznym arsenałem przyrządów, które znakomicie ułatwiają jej zadania.

Większość z nas, uznając wartość tej sztuki, nie może wszakże w wielu wypadkach z niej korzystać, z tego najprostszego powodu, że do chwili obecnej przedostała się do naszego kraju raczej teorya pielęgnowania, aniżeli praktyka.

Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak w handlu tych setnych środków pomocniczych, ułatwień technicznych, którymi tak słusznie się szczyci pielęgarstwo francuskie, angielskie, amerykańskie i niemieckie[1]).

W roku 1895-ym zabierałem głos w tej sprawie na szpaltach „Zdrowia“ (Tom XI str. 114). Słowa moje przebrzmiały bez echa. Ponieważ sprawa jest tego warta, ponownie ją podnoszę.

Przedewszystkiem, musimy żądać od naszych optyków i właścicieli sklepów z narzędziami lekarskiemi, by mieli na składzie przyrządy do pielęgnowania chorych w większym wyborze, aniżeli się to dzieje obecnie, kiedy tam znaleźć można jedynie rzeczy najprostsze i to przestarzałej konstrukcyi.

Ale z tych przyrządów korzystać będzie mogła jedynie mała garstka ludności, ponieważ wiele z nich bardzo drogo kosztuje.

Z tego powodu należy wziąć przykład z Zachodu (obecnie i w Cesarstwie tak postępują) i urządzić wypożyczalnie utensyliów do pielęgnowania chorych.

Nie tylko handlujący instrumentami utrzymują takie wypożyczalnie. Ciągną z tego zyski zarówno ambulatorya prywatne, jak i domy zdrowia.

---

[1]) Patrz Prof. Mendelsohn. Pielęgnowanie chorych. Łódź. 1900.

Wreszcie, stowarzyszenia filantropijne, ambulatorya szpitalne, urzędy gminne, apteczki wiejskie — zaopatrują ubogich chorych na czas choroby — w przyrządy pielęgarskie. Przecież nie wszyscy chorzy mogą się leczyć w szpitalu! Dla przykładu przytoczę chorych chronicznych, którzy w szpitalach miejsc znaleźć nie mogą, a wymagają pielęgnowania i użycia przy tem przyrządów.

Rzecz prosta, zarówno płatne jak i bezpłatne wypożyczalnie będą wyjaławiały sprzęty i przyrządy zwrócone.

Oto najogólniejszy spis przedmiotów, jakie taka wypożyczalnia by mieć musiała:

Wanny kąpielowe dla dorosłych, dla dzieci, — nasiadowe, wanny na ręce i nogi.

Łóżka żelazne różnych typów, łóżka dla przypadków specyalnych, łóżka rozdzielane dla położnic, parawany, poduszki z włosia, koce do owijań, podkłady nieprzemakalne, napinacze do prześcieradeł.

Rozmaitych typów stoliki dla chorych leżących w łóżku: do spożywania pokarmów, do czytania.

Bielizna do celów wodolecznictwa.

Waga dyetyczna. Prasy do mięsa, — cytryn.

Flaszki ogrzewające. Naczynia do moczu, kału.

Worki do lodu, wszelkich kształtów. Bańki do ogrzewania. Termofory.

Aparaty inhalacyjne. Strzykawki. Irrygatory. Kule.

Przyrządy do unoszenia chorych. Przyrządy do chodzenia (stojaki).

Szyny na nogi, na ręce.

Poduszki wodne,—powietrzne.

Fotele, oparcia dla chorych, folele na kółkach, nosze.

Termometry.

Przyrządy sterylizacyjne.

Stół operacyjny. Bielizna lekarska (wyjałowiona).

Przyrządy do odkażania mieszkań.

Nie było by rzeczą trudną, dla przykładu, założenie kilku takich wypożyczalni przy ambulatoryach fabrycznych.

Wszakże właściciele fabryk mają obowiązek leczenia robotników. Jakże jednak trudno bywa nieraz leczyć chorego, pozbawionego termometru, podstawki do wydalin, irrygatora, strzykawki, podkładu nieprzemakalnego, poduszki przeciw odleżynom, aparatu inhalacyjnego, wanny do kąpieli i t. d., i t. d.!

Koszt sprawienia kompletu nie będzie wielki, leczenie zaś dzięki temu w wielu razach stanie się łatwiejszem i skuteczniejszem.

Może więc znajdą się lekarze fabryczni którzy tę myśl podadzą właścicielom, może się też znajdą właściciele fabryk, którzy ją w czyn wprowadzą! *S.*

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 19 Grudnia 1900 r.

1) Kol. J. Kohn pokazał 4-dniowe dziecko z atresia ani.

2) Kol. E. Jasiński przedstawił 30-letnią kobietę, u której z powodu ropnego zapalenia otrzewnej wykonano w szpitalu św. Aleksandra cięcie brzuszne.

3) Kol. Goldman przedstawił mężczyznę, u krórego owrzodzenie goleni, istniejące 20 lat, zostało zagojone przy stosowaniu maści Schleicha.

4) Kol. Stankiewicz przedstawił przypadek ciąży zamacicznej śródwiązowej lewej donoszonej, operowany z zejściem pomyślnem.

5) Tenże. 4 przypadki cięcia brzusznego a) z powodu przepukliny pępkowej i torbieli skórzastej jajnika b) z powodu ropnia jajnika, c) i d) retroflexio fixata; przypadki te wykazują korzyści estetyczne, jakie osiągamy, stosując zamiast szwów—płytki Michela.

6) Tenże przedstawia cynową strzykawkę z kaniulą 25 cm. długą, użytą w celu wywołania poronienia, które jednakże nie wyątąpiło, pacyentka zapadła na pelvioperitonitis.

(Autoreferat.)

7) Kol. Saks pokazał preparat jaja płodowego in toto w dość daleko posuniętej ciąży.

Posiedzenie z dnia 2 Stycznia 1901 r.

1) Kol. Birencweig przedstawił żołnierza z pierwotnem owrzodzenieem przymiotowem wargi.

2) Kol. J. Lohrer pokazał ciężarną macicę pękniętą (ruptura uteri), z której płód donoszony dostał się do jamy brzusznej.

3) Prezes z powodu 25-letniej dzialalności lekarskiej D-ra M. Cohna złożył jubilatowi życzenia.

4) Po wysłuchaniu sprawozdania z r. 1900 przystąpiono do wyborów Zarządu, których wynik został podany w № 1 „Czas. lek.“ z r. b.

5) Dr. Leon Szayerowicz został wybrany na członka czynnego.

Sprawozdanie z działalności za r. 1900.

Sprawozdanie Sekretarza. W końcu r. 1899 Towarzystwo liczyło 61 członków czynnych, 5 członków korespondentów. W ciągu roku sprawozdawczego przybyło 3 członków czynnych i 1 członek korespondent, ubyło zaś 2 członków czynnych (z powodu wyjazdu z Łodzi) i 1 członek korespondent (z powodu śmierci). Obecnie Towarzystwo składa się z 62 członków czynnych (57 lekarzy, 4 farmaceutów i 1 weterynarza) i z 5 członków korespondentów (4 lekarzy i 1 przyrodnika)

Zarząd stanowili: Prezes Dr. Karol Jonscher, Wice-prezes Dr. Leon Sikorski, Sekretarz Dr. Bronisław Handelsman, Bibliotekarz Dr. Ksawery Jssiński i Skarbnik Dr. Henryk Kohn.

Komitetów stałych było 2: 1) Biblioteczny — Dr. M. Cohn, Dr. W. Pinkus i Dr. S. Sterling i 2) Rewizyjny — Prowizor Farmacyi B. Knichowiecki, Dr. W. Littauer i Dr. J. Wisłocki.

Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń zwyczajnych i 1 nadzwyczajne. Odczytów było 19, demonstrowano chorych 67, preparatów 22, narzędzi 8.

Na posiedzeniach bywało przeciętnie po 30 członków t. j. o 1 więcej, niż w roku poprzednim, największa liczba — członków 44, gości 8, najmniejsza — członków 20 gości 2. Posiedzeń zarządu odbyło się 6.

Komitet biblioteczny odbył 2 posiedzenia, na których postanowiono zakupić książki i gazety.

Pod względem działalności naukowej Towarzystwo w porównaniu z rokiem poprzednim okazało pewne ożywienie, którego wyrazem był wzrost liczby demonstrowanych chorych. Co się tyczy działalności społecznej, to należy wspomnieć o przesłanym władzy wyższej elaboracie do kwestyi udzielania pomocy akuszeryjno-lekarskiej i o poruszeniu kwestyi założenia pod opieką Towarzystwa lecznicy ambulatoryjnej dla ubogich chorych.

Sprawozdanie Bibliotekarza.

A) Biblioteka

W ciągu roku sprawozdawczego przybyło	Dzieł	Tomów	Remanent z r. 1899		Ogółem	
			Dzieł	Tomów	Dzieł	Tomów
a) Książek	28	29	484	824	512	853
Uwaga. Z tych zakupiono	(24)	(25)				
„ otrzymano w darze	(4)	(4)				
b) Broszur	44	49	189	189	233	238
Uwaga. Wszystkie otrzymano w darze						
c) Wydawnictw peryodycznych w formie książkowej	13	12	29	196	42	208
Uwaga. Wszystkie zakupiono.						
d) Czasopism	17	18	374	505	391	523
Uwaga. Z tych zakupiono	(16)	(17)				
„ otrzymano w darze	(1)	1				
	102	108	1276	1714	1178	1822

Uwaga. Z bibloteki korzystało 31 członków (12 wypożyczało tylko książki, 13 książki i czasopisma, a 6 wyłącznie czasopisma) i 2 lekarzy, nienależących do towarzystwa.

B) Czytelnia.

Uczęszczałe mało członków.

C) Obrót funduszu bibliotecznego.

Wydano na czasopisma 179 rb. 90 kop. (w r. 1899 — 184 rb. 40 kop.), na książki 186 rb. 07 kop. (w r. 1899 — 171 rb. 85 kop.), na oprawę książek 24 rb. 60 kop. (w poprzednim 28 rb. 15 kop.).

Sprawozdanie Skarbnika.

Dochód:	Pozostałość z r. 1899 . .	458.66
	Odsetki	18.66
	Z odczztu D-ra Marguliesa	19.00
	Ofiara D-ra Likiernika . .	200.00
	Wnioski członków . . .	532
	Razem	1228.32
Wydatki:	Lokal	325
	Biblioteka	229.30
	Różne	31.54
	Razem	585.84

REFERATY.

R. Wagner. **Symulacya w praktyce kolejowej ze szczególnem uwzględnieniem t. zw. nerwicy urazowej.** Od czasu wprowadzenia kas dla chorych robotników i ubezpieczeń od skutków nieszczęśliwych zdarzeń przy pracy—kwestya omawiana przez autora nabrała dużej żywotności dla lekarzy wogóle, a kolejowych—w szczególności.

Symulacya u oficyalistów kolejowych ma kilka źródeł. Wielka odpowiedzialność, ciążąca na tych ludziach, skłania ich, przy niedosyć silnej woli, do jaknajczęstszego uchylania się od swych odpowiedzialnych obowiązków, gwoli czemu często uciekają się do udawania. Po zatem, osoby dotknięte cierpieniami przewlekłemi,

w stopniu nie przeszkadzającym ich czynnościom, uchylają się od spełniania obowiązków w pewnych okresach, np. w czasie epidemicznych zaburzeń dróg pokarmowych lub oddychowych, wprost z obawy możliwego zaostrzenia się ich cierpień.

Udawanie bywa całkowite, gdy udaje chorobę człowiek zupełnie zdrowy i częściowe, t. zw. „aggravatio“, kiedy człowiek dotknięty jakiem cierpieniem stara się przedstawić je jako cięższe. Ten rodzaj udawania jest częstszy i jest uważany przez autora za udawanie w szerszem znaczeniu.

Przy ocenie symulacyi przyjmować należy pod uwagę stan układu nerwowego (histerya, neurastenia, hipochondria z natury swojej wywołują przesadzanie dolegliwości) i osobistą korzyść badanego. Co się tyczy związku pomiędzy urazem, a różnemi postaciami chorobowemi, to poglądy obecne zasadniczo się różnią od dawnych.

Obecnie przyjmujemy urazową genezę gruźliczych zapaleń stawów i kości, zapalenia płuc, cukrzycy; mówimy o mięsakach kości, powstałych w miejscu uszkodzenia, o guzach brzusznych po urazie i t. d.; coraz częściej uznajemy niekorzystny wpływ urazu na cierpienia przewlekłe; najczęściej jednak spotykamy się z kwestyą wpływu urazu na układ nerwowy i narządy zmysłów. Wielokrotne roztrząsanie tej kwestyi pociągnęło za sobą dokładne badania — i oto wprowadzono do naszej nauki nową postać chorobową „nerwicę urazową“; ta to postać, z łatwo zrozumiałych przyczyn, jest często deską zbawienia dla symulantów.

Przy roztrząsaniu kwestyi udawania autor mówi o udawaniu choroby bez udziału nieszczęśliwego zdarzenia: tego rodzaju symulacya bywa w praktyce kolejowej najczęstsza. Podejrzenie symulacyi budzą najczęściej skarżący się na objawy gośćca stawowego. Warunki służby kolejowej, częste i raptowne zmiany temperatury, przemoczenia, wywołują często istotne cierpienia gośćcowe; jako okoliczności sprzyjające występują tu nadużywanie wyskoku i stwardnienie naczyń; za gościec stawowy bywa niekiedy przyjmowana dna, przy której jednak zawsze znajdziemy zmiany organiczne. Objawy podmiotowe (neuralgiczne) często bywają symulowane; lekarzowi znającemu bliżej daną osobę łatwo wykryć istotny stan rzeczy; dużą pomocą jest przytem częsta kontrola chorych. Z objawów mogących wykryć symulacyę autor przytacza: zmiany w umiejscowieniu t. zw. bolesnych punktów Valleix'a, scoliosis ischiadica przy długotrwałem zapaleniu nerwu kulszowego, pochylenie ku przodowi lub ku tyłowi przy ischias i lumbago. Umiejscowienie bólu i nadczułości, szczególnie na gruncie histerycznym, może być dowolnie i bez symulacyi, co też należy zawsze mieć na uwadze. Neuralgie stawowe bez danych przedmiotowych, nawet po wyłączeniu histeryi i zaburzeń centralnych, powinny być dokładnie badane, gdyż niekiedy stanowią one najwcześniejsze zwiastuny zniepodabniającego zapalenia stawów, spraw gruźliczych, nowotworowych, pomijając już występowanie bólów stawowych wieloogniskowych w zaraniu wieloogniskowego przymiotu. Wogóle,

nawet przy zupełnym braku dowodów cierpienia—należy być nader oględnym w rozpoznawaniu symulacyi i lepiej jest pozwolić przypuszczalnemu symulantowi, uchylić się na kilka dni od obowiązków, aniżeli, jak się to niestety zdarzało, uznać niesłusnie za symulanta człowieka, u którego w krótkim potem czasie rzeczywiście rozwija się poważne cierpienie. Zresztą, najczęściej symulacya polega nie na udawaniu choroby nieistniejącej, lecz na przesadzaniu rzeczywistego cierpienia.

Wykrycie udawania cierpień wewnętrznych jest łatwe. Z tego rodzaju przypadkami spotyka się nietylko lekarz kolejowy — one zdarzają się często w praktyce wojskowej, kiedy np. dla uchylenia się od służby ludzie uciekają się do zatruwania naparstnicą lub atropiną. Uskarżanie się na słabe piersi, bóle w klatce piersiowej, znajduje odpowiedniki w budowie ciała i wywiadach (usposobienie dziedziczne). W więzieniach często się zdarza symulowanie bólów krwawnicowych nawet ze sztucznymi krwotokami z umieszczonych w odbycie pęcherzyków rybich wypełnionych krwią: dokładne badanie wyjaśnia istotę rzeczy. Mimowolne oddawanie moczu można uznać za symulowane, jeśli po oddaniu go otwór kanału moczowego nie zapełnia się natychmiast płynem.

Z cierpień układu nerwowego symulacyi podlegają: padaczka i choroby umysłowe. Przy padaczce znamiennym objawem jest brak odruchu rogówki; najprostszem atoli rozwiązaniem kwestyi jest niespodziewane oblanie głowy konewką zimnej wody. Stwierdzenie symulacyi chorób umysłowych leży w zakresie psychiatryi i tej kwestyi autor nie rozstrząsa.

Udawanie zaburzeń w narządach zmysłów łatwe jest do wykrycia. Zaburzenia wzrokowe w praktyce kolejowej są rzadko przedmiotem symulacyi, gdyż oficyaliści kolejowi muszą zawodowo posiadać wzrok w dobrym stanie; zdarzają się jednak w innych dziedzinach. Wykrycie symulacyi jest tu rzeczą specyalisty.

Powyższe przypadki udawania miały na celu uchylenie się od obowiązków na krótszy lub dłuższy czas i nie zależały od nieszczęśliwego zdarzenia. O wiele częściej jednak udawanie ma na celu otrzymanie renty lub jednorazowego wynagrodzenio i wtedy są symulowane skutki nieszczęśliwych zdarzeń, zarówno organiczne jak i czynnościowe. Lekarz przy ocenie cierpień organicznych musi orzec, czy cierpienie istnieje, następnie czy ma ono istotne swoje źródło w nieszczęśliwem zdarzeniu, a jeśli istniało przedtem, to—czy nieszczęśliwe zdarzenie spowodowało wzmożenie się tego cierpienia. W tego rodzaju cierpieniach organicznzch podejrzewamy symulacyę, jeśli badanie przedmiotowe nie odpowiada skargom chorego. Roentgenografiia daje nam punkt oparcia przy uszkodzeniach kości i stawów, przy ciałach obcych w kości, jeśli macanie nie wyjaśnia kwestyi dostatecznie. Trudniej jest orzekać o tych przypadkach złamań, w których pomimo normalnego przebiegu długo nie powraca zdolność ruchowa kończyny, kiedy chorzy skarżą się na uczucie napięcia w miejscu złamania, na ociężałość kończyny i uczucie strachu przy forsowaniu. Mamy

wtedy nie tyle czystą symulacyę, ile brak energii, szczególniej przy neurastenicznem tle; w tym ostatnim razie, przy braku trwałych zmian organicznych, gimnastyka czynna i bierna, kąpiele, elektryzacya, leczenie leczniczo-mechaniczne zwykle usuwają całkowicie tę dolegliwość. Niekiedy uznawano symulacyę, a później stwierdzano rzeczywisty paraliż kończyny wtkutek uwięźnięcia nerwu w szparze kostnej: w takich razach przeciw symulacyi przemawia szybkie powstanie zaniku odpowiednich mięśni; operacya w porę dokonana wraca kończynie zdolność ruchową i umożliwia powrót do dawnych stosunków.

Czasem po urazach stawów lub złamaniach mamy długotrwałe dolegliwości przy żadnych lub minimalnych zmianach w stawie; rozpoznanie symulacyi jest tu bardzo trudne i możliwe tylko drogą uboczną, np. kończyna skwapliwie ochraniana w obecności badającego—jest używana zupełnie swobodnie, kiedy chory czuje się nieobserwowanym.

Bolesne blizny po zmiażdzeniach z dużą utratą części miękkich lub po nieudatnych amputacyach też są podstawą symulacyi. Przy bliznach gładkich ruchomych bolesność jest prawie zawsze udana, rzadziej—przy bliznach nieruchomych; często mamy też do czynienia z nerwiakami po amputacyi, które, objęte przez bliznę, wywołują silne bóle, a nawet odruchowe napady padaczki. Ważny czynnik rozpoznawczy posiadamy w elektryczności, jak to wykazał Seeligmüller na X międzynarodowym kongresie lekarskim: maszynista przy lokomotywie po amputacyi lewego IV palca uskarżał się na silne bóle, które nie ustąpiły nawet po wycięciu maleńkiego nerwiaka; przy badaniu chory wykazywał nadzwyczajną bolesność na miejscu blizny, tymczasem prąd faradyczny przepuszczany przez mięśnie, których ścięgna były z blizną zrośnięte, nie wywołał żadnego bólu.

Wystąpienie przepukliny pachwinowej wskutek wysiłku często skłania do udawania zupełnej niezdolności do pracy; w tych przypadkach badanie i stwierdzenie przepukliny nieuwięźniętej daje nam możność dokładnego rozwiązania kwestyi.

Ciekawe dwa przypadki podaje nam Blasius ze swej praktyki. Robotnik uległ złamaniu prawej ręki w łokciu; wskutek ograniczenia ruchu w stawie łokciowym wyznaczono mu 40% renty, którą następnie obniżono do 20%; otóż następnie dowiedziano się, że ów robotnik uczestniczy w zapasach siłaczy (rentę cofnięto). Inny robotnik wskutek wewnętrznego przerwania tętnicy otrzymał rentę 50%; dowiedziano się, że podróżuje w charakterze napowietrznego gimnastyka i też rentę cofnięto. W obu przypadkach zachodziła, oczywiście, symulacya.

O wiele ciekawsze jest przesadzanie lub symulacya czysto miejscowych zaburzeń w postaci opisanej przez Oppenheima pod nazwą „nerwicy urazowej“.

Oppenheim przedewszystkiem mówi o objawach psychicznych; musimy więc określić o ile te objawy mogą być symulowane. Prawdziwy obłęd urazowy, uznawany przez Oppenheima,

jest czystą psychozą i z nerwicą urazową niema nic wspólnego. Przy nerwicy urazowej zaburzenia psychiczne polegają na zboczeniach nastroju uczuciowego i mogą zależeć od histeryi, neurastenii, hipochondryi lub połączenia tych nerwic. Mamy wtedy przygnębienie, strach, dusznicę, nadmierną wrażliwość — jednakże są to objawy ściśle przedmiotowe i tylko wytrawny specyalista lub lekarz dobrze znający chorego i jego stosunki mogą odróżnić prawdę od fałszu. Napady przestrachu, opisane przez O., mogą być udawane lub zjawiać się nawet rzeczywiście u chorych wskutek wrażliwości i obawy przed badaniem lekarskiem; nadmierna wrażliwość, wykazywana przez chorego przy opowiadaniu o nieszczęśliwem zdarzeniu, może występować u ludzi nerwowych, kiedy chcą oni coś przed lekarzem zmyślić i nie są pewni, czy będą w stanie to uczynić. Nadmierna wrażliwość może zupełnie zmięszać chorego przy rozmowie z lekarzem i wywołać wzmożenie tych objawów cielesnych, które są zależne od stanu umysłu, jak np. drżenie, przyśpieszenie tętna i zmiany naczynioruchowe. Ten stan duszy, jeśli trwa czas dłuższy, może nawet doprowadzić do samobójstwa. Symulacya może być wyłączona w przypadkach obłąkania padaczkowego, szaleństwa z omamami na tle histerycznem — po urazie.

Istnienie prawa o ubezpieczeniach od skutków nieszczęśliwych wypadków, będąc poważnym czynnikiem symulacyi, wywołuje również usposobienie do występowania powikłań nerwowych po wypadkach wogóle, a zatem i po katastrofach kolejowych; taki wpływ tego prawa polega na tem, że ludzie niezamożni w niepewności, czy otrzymają wynagrodzenie i czy takie jak myśleli, nadwyrężają swój układ nerwowy. Że objawy psychiczne po urazie mogą istnieć bez symulacyi, dowodzi fakt występowania ich u ludzi nie żądających wynagrodzenia, lub dawno już zaspokojonych w swych żądaniach. Niewątpliwie, uprzedni stan psychiczny chorego ma ważne znaczenie w powstawaniu nerwicy urazowej.

Do stałych objawów nerwicy urazowej zalicza Oppenheim zawroty głowy, napady padaczki, tic convulsif i ruchy drgawkowe; te wszystkie objawy podlegają symulacyi. Udane zawroty głowy poznajemy po mimowolnych ruchah, mających na celu osłabienie siły upadnięcia, choć wogóle rozpoznanie jest trudne; o cechach symulowanej padaczki mówiliśmy wyżej; tic convulsif i ruchy drgawkowe nie ustają we śnie; prócz tego cenne wskazówki daje dłuższa obserwacya, która też rozstrzyga kwestyę bezsenności.

Przy nerwicy urazowej bywają zaburzenia w dziedzinie czucia i narządów zmysłów. Ból występuje w miejscu urazu, lub w razie wstrząsu ogólnego, np. wypadkach kolejowych, w okolicach grzbietowej, lędźwiowej i krzyżowej. Ten objaw bywa symulowany bardzo często. Seeligmüller przytacza fakt, że chory uskarżający się na ból w okolicy krzyżowej przy najlżejszym ucisku, spokojnie leżał na ostrym kawałku lodu, podłożonym bez jego wiedzy pod bolerne miejsce, pomimo że na miejscu zetknięcia się z lodem

pozostał odciśnięty znak. Dla stwierdzenia bolesności Georg-Müller stosuje, podług zasady Webera, podwójny ucisk palcem. Jeden palec umieszcza w odległości 4 cm. od bolesnego miejsca, a drugi na samem miejscu i naciska pierwszym palcem silniej, przyczem chory neguje uczucie bólu; następnie zaczyna silniej naciskać drugim palcem, zwalniając jednocześnie stopniowo ucisk pierwszego i wreszcie ostrożnie odejmując go od tego miejsca: przy odpowiedniej zręczności ta zmiana nie dochodzi do świadomości chorego, szczególniej jeśli drugą ręką ciągle przesuwać między naciskającymi palcami; symulant w ten sposób niewątpliwie zostanie zdemaskowany. Jeśli mamy bolesność na większej przestrzeni, wyszukujemy miejsca najboleśniejsze lub wykonywamy ten sam rękoczyn na granicy okolic bolesnej i normalnej. Przeciwko symulacyi przemawia przyspieszenie tętna przy ucisku na bolesne miejsce.

Sprawdzenie objawów nienormalnego czucia i parestezyi zmysłów jest bardzo trudne. Stosowanie miotełki faradycznej, jeżeli ukłucie szpilką nie wywołuje bólu, uważa Oppenheim za nieodpowiadające celowi, gdyż stopień osłabienia czucia może być tak nieznaczny, że dla otrzymania odczynu potrzeba nie jednego podrażnienia, lecz całego ich szeregu. Zaburzenia wzrokowe występują najczęściej w postaci koncentrycznego zwężenia pola widzenia, szczególniej dla barw czerwonej, zielonej i niebieskiej. Przy symulacyi badanie przedmiotowe za pomocą perimetru daje wyniki dla różnych barw tak sprzeczne, że to odrazu naprowadza nasz sąd na właściwą drogę. Zaburzenia słuchowe czynnościowe są nadzwyczaj trudne do sprawdzenia. Nieczułość i nadczułość nie mogą być uznane za symulacyę, nawet jesli umiejscowienie ich nie jest stałe, szczególniej gdy mamy do czynienia z osobnikiem histerycznym; przytem należy wykluczyć organiczne cierpienia mózgu i rdzenia; szczególnie trudne do należytego rozpoznania są t. zw. formes superposées Charcot'a, kiedy zaburzenia czynnościowe są związane z cierpieniem organicznem. Sprzeczne zeznania przy badaniu czucia są zwykle i słusznie uważane za dowód symulacyi, a jednak Oppenheim jest zdania, że wzmożona wrażliwość oraz skłonność do przestrachu może wywołać odczyn przy lekkiem dotknięciu tam, gdzie poprzednio ukłucie igłą przechodziło bez wrażenia. Hoffman stwierdził symulacyę u osobnika z nieczułością ramienia w ten sposób, że ujął go nagle za ramię i spytał co zrobił: dokładna odpowiedź zdemaskowała symulata. Dobre wyniki daje też badanie czucia przy zamkniętych oczach. Odruchy mięśniowe i skórne są trudne do udawania

Ważne znaczenie przypisuje Oppenheim zaburzeniom w sferze ruchowej. Ogólne osłabienie mięśni, stężenie mięśni grzebiecowych przy poruszeniach, ociężałość — oto objawy, które z powodu częstej symulacyi wymagają dokładnego sprawdzenia. Pewnemu lekarzowi udało się zdemaskować symulanta, który nie mógł podnieść ręki wyżej ramienia, w ten sposób, że spytał go,

jak wysoko przedtem rękę podnosił, poczem nastąpiła odpowiedź z odpowiednim ruchem. Wogóle kwestyę rozstrzyga tu, tak jak w wielu innych razach, tajna kontrola. Zjawienie się zaniku w mięśniach ze zmniejszoną lub zniesioną zdolnością ruchową nie jest uważane za conditio sine qua non, jak tego dowiodło orzeczenie „Królewskiej naukowej Deputacyi do spraw lekarskich“ z d. 19.XII. 88, które uznało istnienie nerwicy urazowej i odrzuciło przypuszczenie symulacyi w obec sztywności i paraliżu kończyny, pomimo że żadnych zmian organicznych nie stwierdzono. Rzecz prosta, że jeśli jest tylko słabe ograniczenie lub osłabienie ruchu (pareza), zanik może nie występować przez bardzo długi czas. Przeciw symulacyi przemawia stała sinica kończyny i obniżona w niej ciepłota. Czasem pewien ruch niedostępny dla świadomego wykonania jest wykonywany z dokładnością poza świadomością: tu symulacya styka się z histeryą i ocena napotyka trudności. Przykurczenia też niełatwe są do sprawdzenia, gdyż przykurczenia czynnościowe znikaja podczas snu i narkozy, narówni z przykurczeniami organicznemi. Większe znaczenie ma objaw drżenia, który wyklucza symulacyę, jeśli występuje nawet wtedy, gdy chory czuje się nieobserwowanym; wszakże znikanie drżenia przy odwróceniu uwagi nie przemawia niezbicie za symulacyą, gdyż spotykamy się z takim faktem przy drżączce porażennej (paralysis agitans). Nie we wszystkich mięśniach drżenie nadaje się do symulacyi, jest ono niemożliwe w mięśniach trójgłowym i piersiowym wielkim.

Objaw Rumpfa, drgania włókienkowe, nie ma wielkiego znaczenia przy rozpoznawaniu nerwicy urazowej, gdyż występuje w tych razach zupełnie dowolnie. Brak pewnych określonych ruchów prostych lub złożonych budzi podejrzenie symulacyi i wymaga dokładnego zbadania.

Jako ważny objaw, wykluczający symulacyę, przytacza Oppenheim występowanie różnicy wielkości źrenic przy słabem oświetleniu.

Specyalną wartość przedmiotowości przypisuje ten autor zaburzeniom układu nerwowego serca i naczyń, wbrew swoim przeciwnikom, którzy uważają te objawy za czysto podmiotewe. Do takich objawów zaliczyć należy czerwone zabarwienie schorzałej kończyny, plamiste zaczerwienienie na odpowiedniej połowie ciała, szybkie występowanie zaczerwienienia przy lekkiem draśnięciu skóry—mogą one jednak zarówno zależeć od histeryi, bez wpływu nieszczęśliwego zdarzenia.

Przypśieszeniu tętna, uczuciu strachu, dusznicy bolesnej, przypisuje autor, wbrew Oppenheimowi, mało znaczenia. Urazowy odczyn serca (traumatische Herzreaktion) Rumpfa, polegający na przyśpieszeniu tętna przy ucisku na bolesne miejsca, tak często zawodzi, że na zasadzie braku jego stwierdzać symulacyę, byłoby zupełnie niesłuszne.

Przytaczane przez Oppenheima zaburzenia w odżywianiu i trawieniu, objawy nerwowej niestrawności, zatrzymanie lub bezwiedne oddawanie moczu, a także zaburzenia w sferze płciowej, nie posiadają zgoła przypisywanego im znaczenia. Na zasadzie tych objawów nie można stwierdzać symulacyi, jak to uczynił Oppenheim u osobnika, u którego wkrótce wystąpiły objawy ciężkiego cierpienia, a które doprowadziło go do samobójstwa.

Częstość symulacyi objawów nerwowych po urazie jest podawana rozmaicie przez rozmaitych autorów — wynika to z trudności, jakie spotykamy przy ocenie prawdziwości spostrzeganych objawów: dla tego każdy taki przypadek wymaga nader dokładnego zbadania i nie należy się uciekać do łatwej diagnozy „nerwicy urazowej", by przez to objaśnić niezdolność do pracy, należy się też wystrzegać przed zbyt pospiesznem stwierdzeniem symulacyi, szczególnie in toto, gdyż najczęściej bywa domieszka histeryi, neurastenii i hipochondryi. Częściej możemy odpowiedzieć „nie wiemy" i żądać oddania badanego pod dłuższą i ściślejszą obserwacyę.

Na zasadzie 6 swoich przypadków i danych odnośnej literatury autor dochodzi do wniosków następujących.

1. Zbiór objawów nerwicy urazowej Oppenhiema obejmuje zaburzenia zarówno podmiotowe, jak i przedmiotowe — te ostatnie mogą być uważane za objawy czynnościowego cierpienia, po wykluczeniu zaburzeń organicznych.

2. Żaden z objawów przedmiotowych nie jest typowym, żaden nie występuje stale — nie można więc przyjąć istnienia specyalnej postaci chorobowej, dla której nazwa „nerwica urazowa" byłaby logicznie uzasadniona.

3. W praktyce ta nazwa może być jednak zachowana, gdyż w tych przypadkach mamy mniej lub więcej zmienny zbiór objawów, zależnych od urazu, natury czynnościowej, z udziałem zaburzeń psychicznych.

4. We wszystkich takich przypadkach niezbędnem jest stwierdzenie, że objawy psychiczne są połączeniem neurastenii, histeryi, a niekiedy i hypochondryi, i że wyżej podane nieprawidłowości w dziedzinie czucia, ruchu, odruchów i czynności serca są rzeczywiście przedmiotowe—a to w celu wykluczenia symulacyi.

5. W przypadkach, w których mamy objawy czystej histeryi, neurastenii lub hipochondryi na tle urazu, lepiej jest zamiast „nerwica urazowa" używać nazw odpowiednich.

Co się tyczy wykrywania symulacyi, w lżejszych przypadkach nie jest to rzeczą trudną. Cięższe przypadki, które Oppenheim ocenia po krótkiem badaniu poliklinicznem, wymagają najczęściej dłuższej obserwacyi. Seeligmüller żąda specyalnych szpitali dla cierpiących wskutek zdarzeń nieszczęśliwych (Unfallkrankenhäuser) jedynie dla demaskowania symulantów, opierając swe zdanie na braku dostatecznego odosobnienia w szpitalach ogólnych.

Mendel i Hitzig jednakże uważają takie szpitale za nieodpowiednie, gdyż będą one wyższą szkołą symulacyi. Prócz tego naczelny lekarz takiego szpitala będzie jakby wielkim inkwizytorem, a chorzy staną się podejrzliwymi i niedowierzającymi względem personelu szpitalnego; może się to przedewszystkiem odbić na prawdziwie chorych. Odpowiednimi do tych celów wydają się założone w r. 1894 w Berlinia szpitale związków zawodowych, do których przyjmują nietylko chorych nerwowych, lecz wogóle osoby podległe wskutek urazu cierpieniu, dającemu się jeszcze wyrównać.
Na zakończenie autor zwraca uwagę na trudność pogodzenia niekiedy obowiązków lekarza i uczuć ogólno ludzkich i przytacza w tej mierze zdanie prof. Albina Hoffmana, że klucza do rozwiązania takiego dylematu nie dają ani wielka nauka, ani podręczniki specyalne, lecz odpowiednie cechy charakteru, umiejętność zachowania umiaru w łagodności i gniewie, w surowości i poczuciu ludzkości.

Aertztl. Sachverständ. Ztn. 1900 № 3 i 4.

Z. Prechner.

H. v. Ziemssen. **O znaczeniu pielęgnowania chorych.** Ściśle naukowe leczenie chorych coraz bardziej się wiąże z danemi empiryi; za wynik takiego zespolenia się teoryi z praktyką możemy uważać nowoczesne leczenie w uzdrowiskach, które autor uważa za ideał naszych dążeń na polu lecznictwa, za najbardziej harmonijne połączenie wszystkich czynników leczniczych. Miejscowość hygieniczna, dyetetyka ciała i ducha, ściśle indywidualizowana, terapia fizykalna, oględne i oszczędne stosowanie przetworów farmaceutycznych, nieustanny dozór lekarski — wszystko składa się na całość nader pożyteczną. Obecnie ten ideał jest dostępny dla sfer zamożniejszych, jednak, szczególniej w dziedzinie chorób przewlekłych, widzimy już dążenie do zdemokratyzowania kombinacyi tych wszystkich czynników leczniczych. Posiadamy obecnie uzdrowiska dla chorych niezamożnych, przeważnie dla dotkniętych gruźlicą, lecz należy się spodziewać, że każdy szpital będzie posiadał uzdrowisko, jako filię—po za miastem—dla chorych z cierpieniami przewlekłemi.

Próbę takiej filii-uzrdowiska dla szpitali miejskich uczyniono w Monachium; do tego uzdrojowiska (200 łóżek), położonego w pięknym parku i otoczonego lasem, odsyłani bywają odpowiedni chorzy, nawet z gruźlicą w początkowym okresie, ze szpitali Monachijskich. Zakład jest zaopatrzony w przyrządy i urządzenia takie, jakie są w najlepszych uzdrowiskach prywatnych. Przez 6 miesięcy swego istnienia ten zakład dał już bardzo pomyślne rezultaty, chorzy są zadowoleni i znakomicie się poprawiają. Autor uważa ten krok w lecznictwie za nieocenionej wartości, gdyż względem chorych uboższych też same są stosowane zabiegi lecznicze, które oddają tak znakomite usługi w uzdrojowiskach prywatnych, a lekarze, nie przeciążeni pracą nad cięższymi i ostrymi przypad-

kami, mogą się oddawać z większą starannością badaniu i leczeniu powierzonych sobie chorych.

Zeitschr. f. Krankenpfl. 1900. № 12.

Z. Prechner.

De la Camp. **O zapobieganiu odleżynom.** Odleżyny zjawiają się najczęściej przy długotrwałych ciężkich chorobach, kiedy skóra wraz z tkanką tłuszczową traci swą sprężystość. Zaniedbanie czystości ciała chorego, niewycieranie wydzielin, potu, moczu i t. d., fałdy i zmarszczki na prześcieradle, okruszyny i inne ciała obce w łóżku, nieprzerwane leżenie w jednej pozycyi — oto okoliczności, pod których wpływem często powstają odleżyny. U chorych nieprzytomnych, którzy nie czują powstającej odleżyny, sprawa ta jest częstsza i cięższa. Powstają odleżyny zwykle w miejscach największego ucisku, szczególniej tam, gdzie bezpośrednio pod skórą są kości, t. j. w okolicach krzyżowej i ogonowej, na łopatkach, łokciach, rzadziej—w okolicy potylicowej. Duża wrzodziejąca powierzchnia odleżyny, nie mająca skłonności do gojenia, pogarsza i tak już ciężki stan takich chorych i może nawet wywołać zakażenie krwi. Prócz tego, odleżyna jest ogromnie bolesna, a więc wymaga nienaturalnego położenia ciała. Ważnem więc jest rozpoznać odleżynę w początku, gdy przeciwdziałanie nie jest jeszcze trudne.

Otóż objawy powstającej odleżyny są następujące: bladoczerwone zabarwienie skóry, (przeważa później odcień sinawy), tworzenie się pęcherzy w naskórku (w przypadkach dalej posuniętych), martwica całej skóry, rozpad wrzodziejący, zgorzelinowy, któremu podlegają nawet tkanki głębiej leżące, mięśnie, a nawet kości. Dla uniknięcia tych dolegliwości zalecane są pewne środki zapobiegawcze. Chory powinien być utrzymywany czysto i leżeć sucho; u chorych nieprzytomnych i nerwowych szczególną zwraca się uwagę na bezwiedne oddawanie moczu i kału. Posłanie, na którem leży chory, powinno być bez fałd, ściegów i zmarszczek; wszelkie kruszyny winny być zmiecione z posłania. Jeśli chory sam się nie porusza, należy zmieniać od czasu do czasu jego pozycyę. Jeśli oddzielne części skóry czerwienieją, należy na nie szczególną zwrócić uwagę, obmywać często płynami spirytusowymi, a następnie zasypywać pudrem. Przy powstającej odleżynie zagrożone miejsca skóry nieco zwolnić od ucisku. Do tego celu szczególnie się nadają poduszki gumowe, napełnione wodą (ciepłą) lub powietrzem, przyczem nie należy napełniać ich zbytnio, lecz tylko w tym stopniu, by przeciwległe ścianki poduszki nie stykały się przy naciskaniu. Poduszka wodna wymaga zmiany wody 2 razy tygodniowo; ta zmiana może być uskuteczniona bez trudzenia chorego, in situ; rzecz prosta, że w razie powalania przez krew, mocz, kał, ropę i t. p., należy poduszkę wyjąć i dobrze obmyć. Dla zupełnej ochrony od ucisku służą kółka gumowe, napełniane powietrzem, które podkłada się tak, by otwór był pod zagrożonem miejscem. Te poduszki i kółka winny być podłożone

pod prześcieradło, o ile lekarz nie wskaże innego sposobu użycia, Znakomitym środkiem zapobiegawczym są stałe kąpiele wodne. Chorego układamy w wannie mającej jeden kran w okolicy głowy, a drugi w nogach chorego; przez te krany stale przypływa i odpływa woda t.30°. Chory leży na noszach, które do opatrunku, badania i t. d. mogą być podnoszone. Pod głowę kładziemy poduszkę powietrzną w kształcie wałka; przed chorym na wysokości ramion umieszczamy półeczkę z niezbędnymi przedmiotami, która służy za stół do jedzenia i za oparcie przy czytaniu. W wodzie chory prawie że pływa, ucisk więc jest niewielki, a przytem równomiernie rozłożony na wszystkie części ciała. Z innych zalet tego sposobu wymienić należy stałą ciepłotę, ciągłe utrzymywanie owrzodziałych powierzchni w czystości, niezwłoczne usuwanie kału i moczu i zupełną bezwonność. Chorzy zwykle się obawiają takiej kąpieli, lecz później są z niej bardzo zadowoleni; przykre nieco uczucie na skórze ustępuje w drugim lub trzecim dniu pobytu w takiej kąpieli, która może być jednak bez przerwy stosowana miesiącami. Ta stała kąpiel, oddająca znakomite usługi w zapobieganiu i leczeniu odleżyn, bywa stosowana i w innych cierpieniach, lecz rzadziej.

Zeitschr. f. Krankenpfl. 1900. № 12.

Z. Prechner.

Sudeck. **O pielęgnowaniu chorych po operacyach.** Po operacyi należy chorego ciepło owinąć, gdyż traci on dużo ciepła podczas operacyi. Przy przenoszeniu na salę towarzyszy mu pielęgarka, by w razie wymiotów—odpowiednich zabiegów użyć. Łóżko powinno być uprzednio ogrzane gorącemi flaszkami. Każdy chory winien mieć przy sobie pielęgarkę przez kilka godzin, a w cięższych przypadkach—przez całą noc po operacyi. Czynności jej polegają na podawaniu pomocy przy wymiotach, przy oddawaniu moczu, przy przyjmowaniu pokarmów, oraz na obserwowaniu chorego. Przy wystąpieniu zapaści, zimnego potu, przy nagłej zmianie w wyglądzie, przy nikłem tętnie chorego, a także przy przemoczeniu opatrunku przez krew lub wydzielinę rany—pielęgarka zawiadamia niezwłocznie starszą dozorczynię, a ta, w razie potrzeby,—lekarza.

Po laparotomii chory nie otrzymuje przez 24 godziny żadnych napojów, gdyż te wywołują wymioty, ani lodu dołykania, gdyż ziębi i drażni żołądek. W razie silnego pragnienia wycierają mu usta i język mokrym płatkiem. Pierwszy napój stanowić winna ciepła herbata, a nie lód. Na noc otrzymują chorzy dawkę morfiny pod skórę, wobec krzepiącego działania snu na chorych operowanych. Olejek kamforowy do injekcyi i fizyologiczny roztwór soli kuchennej powinny zawsze być na pogotowiu i w razach nagłego wystąpienia zapaści starsza nadzorczyni powinna przed przybyciem lekarza zastrzyknąć 2 gramy olejku kamforowego. U pacyentek, które nie mogą oddawać moczu w pozycyi leżącej, starsza nadzor-

czyni powinna wypuszczać go przez cewnik, lecz po za czasem wizytacyi, wyłączając przypadki operacyi na narządach moczowych.
Zeitschr. f. Krankepfl. 1900. № 12.

Z. P.

B. Buxbaum. **Wodolecznictwo przy dyaryach.** Jeśli przyczyną dyaryi są ingesta, stosujemy, niezależnie od lawatyw, krótkotrwałą (1—5 minut) zimną kąpiel nasiadową (10—18°C); wzbudzamy przez to, zarówno drogą odruchu, jak i przekrwienia kiszek, perystaltykę.

Jeśli dyarya zależy od przyśpieszonej perystaltyki, od wielkiej drażliwości mięśni kiszkowych, stosujemy ciepło lub zabiegi rozgrzewające: nasiadówki ciepłe, o parę stopni niższe od ciepłoty krwi, przez $^1/_2$—1 godziny; zawijania wilgotne, w dobrze wyżęte prześcieradła (na 1—2 g.) z następczą półkąpielą (21—20°); opaski brzuszne — aż do ich rozgrzania się i wyschnięcia. Tu też znakomicie działa gorąca wężownica, położona (na 1—2 g.) na wilgotnym okładzie, lub t. zw. okład parowy: na suchą flanelę kładziemy okład zmoczony w wodzie gorącej i znów przykrywamy flanelą.

Przy dyaryach kataralnych, gdzie mamy do czynienia z przekrwieniem i zwiększoną wydzieliną błony śluzowej kiszek, kierujemy za pomocą zabiegów wodoleczniczych prąd krwi do skóry i narządów obwodowych. W tym celu stosujemy: mocne wycierania prześcieradłem grubem, w wodzie zimnej zmaczanem i dobrze wyżętem; w ten też sposób działają silne zimne kąpiele deszczowe; nasiadówka (10—14°) przez 8—10 minut, z rozcieraniem skóry.

Opaska na brzuch po każdym z powyższych zabiegów.

Przy t. zw. dyaryach z przeziębienia najskuteczniej działają półkąpiele, których ciepłotę stopniowo sprowadzamy z 24°C na 22°.
(Blätt. f. Klin. Hydrother, 1900. № 9.)

WIADOMOŚCI DROBNE.

— *Temperatura napojów* często bywa nieodpowiednia, na czem cierpi zmysł smaku i zdrowie. Płyny zimne jak lód, lub gorące, jak wrzątek, szkodliwie drażnią błonę śluzową żołądka, a prócz tego psują emalię zębów. Piwo powinno mieć t. 12—15°C. Czerwone wino smakuje najlepiej przy t. 18°, lekkie wino białe

przy 15°, cięższe — przy 10°, a szampan przy 8—10°C. Kawę i herbatę możemy pić przy 23—26°, lecz jeśli mają ugasić pragnienie, winny mieć 10—18°C. Mleko najlepiej smakuje przy 16—18°; mleko „prosto od krowy" ma t. 34—35°C. Bulion może być rozmaicie ogrzany, od 36 do 50°C. Wody selcerska, sodowa i wszelkie szczawy mineralne nie powinny przewyższać 14°, wreszcie, zwyczajna woda winna mieć 12°C., by, gasząc pragnienie, miała przyjemny smak i nie wpływała szkodliwie na zdrowie.

Bl. f. Gsnhtspfl. 1900. № 6.

— Klencke w swych przepisach dyetycznych podaje następującą tablicę tyczącą czasu potrzebnego na strawienie różnych pokarmów. Strawione zostają:

po upływie 1 godziny: gotowany ryż;

1½ g.: jajecznica, kleik jęczmienny, zwierzyna pieczona, owoce rozgotowane na miazgę, gotowane pstrągi, szpinak, szparagi, selery, mózg, gotowane sago, miazga z kaszki jęczmiennej, kasza owsiana;

2 g.: gotowane mleko, surowe jajko, gotowany jęczmień;

2½ g.: surowe mleko, indyk, pieczona dzika gęś, gotowana wołowina duszona i na kwaśno, pieczone prosię, przysmażane kartofle, groch gotowany w całości i t. d.;

2¾ g.: legumina z jaj i mleka, ostrygi, potrawka z kurczęcia, smażona polędwica;

3 g.: surowa szynka, duszona baranina, gotowana marchew, świeża sałata, kapusta;

3½ g.: jaja na twardo, gotowana wołowina, solona wołowina, gotowane kartofle, świeży chleb pszenny, gotowana kapusta głowiasta i t. d.;

3¾ g.: gotowana tłusta wołowina, bułka z masłem i z kawą;

4 g.: gotowane i pieczone skrzydełka drobiu, pieczeń barania, cielęca, sucha bułka z kawą;

4¼ g.: wieprzowina z jarzynką, młoda zwierzyna;

4½ g.: gotowana baranina, pekeflejsz solony, kwaszona kapusta;

5 g.: smażona wędlina, stara pieczona baranina, owoce pestkowe, grzyby, orzechy; wreszcie

6 g.: stary pekeflejsz, smażone tłuste węgorze, smażone minogi.

Dodawanie tłuszczu, oleju i kwasu zmniejsza szybkość trawienia, sól zaś, w odpowiedniej ilości, korzenie, rzodkiew—zwiększają ją. Naturalnie, że i tu mają swoje znaczenie różnice indywidualne.

Bl. f. Gsnhtspfl. 1900 № 6.

— Ciekawe wytłomaczenie zjawiska, że *sen* jest najspokojniejszy przy leżeniu *na prawym boku* podaje Zeitschr. f. Krankenpfl. 1900. № 12. Kwestya sprowadza się do przewagi ruchowej prawej ręki. Otóż w mózgu włókna z prawej połowy ciała ciała kończą się w lewej półkuli, która w ten sposób jest bardziej rozwinięta i waży więcej, niż prawa (potwierdza to statystyka). Niezbędnym warunkiem dobrego i spokojnego snu jest anemia mózgu. Rzecz prosta, że przy położeniu na prawym boku—lewa połowa jest w górze, więc mechanicznie zostaje pozbawiona większej ilości krwi w stosunku do prawej, a co zatem idzie, stwarza się warunek wymieniony powyżej. Inni przy-

pisują ten objaw okoliczności, że przy leżeniu na prawym boku unikamy ucisku wątroby na przeponę (co ma miejsce przy leżeniu na lewym) i ucisku wnętrzności na brzuszne sploty nerwu współczulnego, jak to bywa w pozycyi nawznak. Ponieważ ta kwestya nie jest jeszcze rozstrzygnięta, głosy powyższe zasługują na uwagą.

— *Termofory* znakomicie wzbogaciły zbiory środków pielęgarskich. Te aparaty po ogrzaniu długo zachowują ciepło, zwolna je tylko oddając. Działanie tych przyrządów jest oparte na własności niektórych związków—wydzielania ciepła przy wykrystalizowaniu się. Najbardziej rozpowszechnione są okłady termoforowe: rurki gumowe napełnione cieczą termoforową; po 2—20 minutach leżenia we wrzątku— nie tracą ciepła przez 1—8 godzin. Stosujemy takież okłady odpowiedniej postaci na szyję, brzuch, nogi, oczy, uszy, głowę i t. d. Istnieją takie ogrzewacze do mleka, w nich mleko w flaszkach Soxhleta może pozostawać ogrzane przez 7 godzin. Z innych przyrządów zasługują na uwagę termofor pochwowy— zamiast gorącycn przemywań, wylęgacz termoforowy i takiż przycisk do miesienia.

Aertztl. Monatschr. 1900. № 12.

— Przyczynę *krzywicy* upatruje prof. Zweifel nie w braku związków wapnia, lecz chlorku sodu, gdyż mleko krowie nawet po rozcieńczeniu jest bogatsze w wapń niż kobiece. Zbyt mała ilość chlorku sodu tamuje przyswajanie ustrojówi związków wapnia. W Saksonii ludność spożywa dużo czarnego chleba, przygotowywanego bez soli, i tem Z. objaśnia częste występowanie krzywicy w tamtych stronach. Z. przypuszcza, że dodawanie soli kuchennej do mleka dobrze wpłynie na cierpienia krzywicowe; w skuteczność leczenia fosforem nie wierzy.

Aerztl. Monatschr. 1900. Nr. 12.

— Blätter f. Volksgesundheitspflege. 1900. № 2, podają jako *przyczynę niezdolności do pracy* robotników berlińskich następujące dane: 39,5% wszystkich inwalidów mężczyzn stało się niezdolnymi do pracy wskutek choroby płuc; u kobiet ta odsetka wynosi 23,1. Dla tego Stow. ubezpieczeniowe m. Berlina podjęło budowę uzdrowiska dla ubezpieczonych dotkniętych gruźlicą. Drugie miejsce zajmują choroby układu nerwowego, notowane przeszło u 1/6 wszystkich inwalidów, a śród nich najczęściej choroby umysłowe i paraliże po udarach mózgowych. U kobiet drugie miejsce zajmują choroby narządów płciowych i trawiennych. Statystyka wykazuje, że na stu niezdolnych do pracy mężczyzn przypada 45 kobiet; w wieku 20—25 stosunek ten jest równy, od 25 do 30 lat wynosi 100:64, od 35 do 40—100:30; później ilość niezdolnych do pracy kobiet zwiększa się i w wieku 60—70 dochodzi do 50%, a po 70 latach stanowi 80%. Mała stosunkowo ilość kobiet w okresie lat 25—40 tłomaczy się tem, że wychodcą one zamąż i uchylają się od dalszego ubezpieczania; w późniejszym wieku strata męża, najczęściej, lub też inne warunki zmuszają je do ponownego ubezpieczania się.

KRONIKA.

— Pracownia hygieniczna miejska w Łodzi. Jedno z głównych zadań nadzoru sanitarno policyjnego polegać winno na kontroli produktów spożywczych. Kontrola bowiem nie może mieć w takim wypadku żadnego znaczenia, gdy ogranicza się tylko do powierzchownej rewizyi sklepów lub do określania wartości produktów spożywczych, podług ich zewnętrznego wyglądu. W każdem dużem mieście niezbędna jest pracownia analityczna chemiczno-bakteryologiczna do badań produktów spożywczych, wody i przedmiotów codziennego użytku. W Warszawie otwartem było podobne laboratoryum w r. 1889.

28 stycznia r. b. rozpoczęła swoją działalność pracownia chemiczno bakteryologiczna miejska w Łodzi, jako organ urzędowy w kwestyach sanitarnych, podlegając kontroli inspektora urzędu lekarskiego gub.

Pracownia łódzka obowiązana jest wykonywać: 1) analizy prób, przysłanych przez policyę i dawać fachowe odpowiedzi na specyalne, mogące wyniknąć pytania, 2) analizy na żądanie władz rządowych, 3) analizy i badania naukowe w celu określenia norm produktów spożywczych oraz badania teoretyczne z zakresu hygieny, 4) analizy płatne na żądanie osób prywatnych podług osobnej, zatwierdzonej taksy. Pracownia nadto obowiązana jest składać władzy miesięczne i roczne sprawozdania o swojej działalności.

Zakres więc tej działalności jest bardzo obszerny, lecz nie wątpimy, że pracownia miejska stanie na wysokości zadania. Do składu pracowni należą: 1) lekarz-hygienista, zajmujący się osobiście badaniami i odpowiedzialny przed władzą za sumienne i dokładne wypełnianie analiz (dr. Serkowski), 2) pierwszy pomocnik, lekarz-bakteryolog (dr. Skusiewicz), 3) drugi pomocnik-chemik (dr. fil. Orzechowski), 4) pisarz. Nowozałożona instytucya mieścić się będzie przy ul. Piotrkowskiej, obok mającej egzystować w dalszym ciągu pracowni kol. Serkowskiego. Etat osobisty roczny wynosi 4260 rb., wydatki bieżące roczne rb. 760, lokal około 600 rb. t. j. wydatki, ponoszone przez miasto wynosić będą rocznie 5620 rs.; wartość inwentarza pracowni dosięga przeszło 5 tys. rb.

— Ze spraw szpitalnych w Łodzi. Budowa „Przytułku dla obłąkanych“ przez Łódzkie Chrześcijańskie Towarzystwo Dobroczynności w „Kochanówce“, jest na ukończeniu. Przytułek będzie otwarty prawdopodobnie w Sierpniu r. b.

Z decyzyi ministerium spraw wewnętrznych, wydanej w roku ubiegłym, m. Łódź ma wnieść do kasy szpitala powiatowego, św. Aleksandra, sumę rb. 19,500. Jest to jednorazowa kompensata za niewnoszoną przez miasto przez długi szereg lat subwencyę wysokości rubli 150 rocznie. Do chwili obecnej miasto tej decyzyi ministeryalnej nie spełniło.

Zarząd miasta Łodzi uchwalił wypłacenie, w ciągu lat pięciu, zapomogi wysokości stu dziesięciu tysięcy rubli szpitalowi Czerwonego Krzyża, nazywanemu fabrycznym. Jako pierwszą ratę wypłacono rb. 60,000.

— Z końcem roku zeszłego upłynął termin pobierania specyalnego podatku na „pomoc lekarską gminną“ w gub. płockiej, wprowadzoną—jak wiadomo — czasowo, tytułem próby. Niektóre kasy powiatowe pobierają ten podatek i w roku bieżącym, jakkolwiek nic nie wiadomo, czy całe urządzenie nadal istnieć będzie, t. j. czy próba wypadła pomyślnie.

— W Kijowie powstaje pogotowie ratunkowe.

— W Krakowie mają powstać, za przykładem Warszawy kuchnie ruchome.

— We Lwowie zawiązał się komitet budowy sanatoryum dla suchotników.

— „Casopis Lékaru Ceskych“ (1900 №№ 13—22) pomieściły w tłomaczeniu pracę kolegi E. Sonnenberga p. t. „Tajemnica lekarska jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne“, drukowaną w roku zeszłym w naszem „Czasopiśmie“. Przekładu na język czeski dokonał Dr. D. Panyrek.

— Wykaz posiedzeń dwu z wydziałów Towarzystwa Hygienicznego w r. 1901.

Wydział hygieny ludowej: 8 Styczeń, 12 Luty, 12 Marca, 16 Kwiecień, 7 Maja, 11 Czerwca, 10 Września, 8 Października, 12 Listopada, 10 Grudnia.

Wydział hygieny zawodowej i przemysłu: 31 Styczeń, 28 Luty, 28 Marzec, 25 kwiecień, 30 Maj, 27 Czerwiec, 26 Wrzesień, 31 Październik, 28 Listopad, 19 Grudzień.

— Przy Towarzystwie Hygienicznem w Petersburgu (Obszc. Narodn. Zdrawja) urządzono *muzeum udzielania doraźnej pomocy*; szczególną wartość tego zbioru stanowią artystycznie wykonane mulaże woskowe, na których przedstawiono dokładnie wszelkie zabiegi udzielania doraźnej pomocy.

(Wracz, 1900. Nr. 45.)

— Towarzystwo Wzajemnej pomocy lekarzy w Petersburgu wprowadziło zebrania („pogadanki“) lekarskie, poświęcone rozpatrywauiu praktycznych zagadnień bytu lekarskiego.

— Pomocc lekaska na wsi w kraju Południowo-Zachodnim. Pod powyższym tytułem „St.-Piet. Wied.“ zamieściły notatkę następującą.

„W gubernii wołyńskiej, w miastach powiatowych i powiatach mieszka 115 lekarzy; z nich na wsi mieszka stale tylko 12, reszta zaś przeważnie mieszka w miasteczkach. Lecznic wiejskich w całej gubernii znajdujemy tylko 23; oprócz tego istnieją ambulatorya dla przychodzących w liczbie 28, przyczem wiele powiatów nie posiada wcale ani lecznicy, ani ambulatoryum.

„Szczegółowe wiadomości posiadamy dla gubernii podolskiej. W 1898 r. w miastach powiatowych mieszkało 72 lekarzy, a w powiatach 168. W liczbie tej było 12 lekarzy powiatowych (po jednemu na powiat) i 28 ucząstkowych lekarzy wiejskich. Jeden lekarz wiejski przypada na 104,000 mieszkańców. Gubernia posiada 27 szpitali o 276 łóżkach, razem 171 zakładów o

ogólnej liczbie 1,629 łóżek. Aptek było 125, felczerów 418 i 86 akuszerek.

„Otóż to wszystko, czem rozporządza jedna z najbardziej zaludnionych gubernij w dziedzinie pomocy lekarskiej dla ludu. Cyfry te dowodzą jasno, że trzymilionowa ludność kraju prawie zupełnie jest pozbawiona wszelkiej pomocy lekarskiej, gdyż to co na tem polu dotychczas zrobiono, nie może zadawalać nawet najskromniejszych potrzeb. Prawda, że dziś mamy niejako nadzieję polepszenia stanu rzeczy. Z ogólnej sumy ziemskich opłat gubernialnych asyw tym roku na pomoc lekarską 214,990 rubli. Pozwoli to powiększyć liczbę lekarzy wiejskich i ambulatoryów, lecz bezwarunkowo nie rozstrzygnie kwestyi.

„A rozstrzygnięcie tej kwestyi polega, jak zresztą i rozstrzygnięcie innych kwestyj względem zadosyć uczynienia miejscowym potrzebom, na wprowadzeniu reformy ziemskiej do kraju Południowo-zachodniowego. Dość porównać pod tym względem stan gubernii podolskiej ze stanem którejkolwiek bądź gubernii ziemskiej, aby się przekonać o niezaprzeczonej prawdzie tych słów. Według danych urzędowych w gubernii podolskiej w 1898 r. w szpitalach znalazło pomieszczenie 12,526 ludzi, podczas gdy w sąsiedniej besarabskiej, która liczy o milion mniej mieszkańców, z opieki w szpitalach korzystało 23,507 chorych, a w guberni włodzimierskiej, pod względem ludności o połowę mniejszej od naszej, nawet przeszło 32,000.

„Niedalekie, jak się już zdawało, wprowadzenie instytucyj ziemskich do kraju Południowo-zachodniego dawało nadzieję początku nowej epoki w sprawie zadosyć uczynienia potrzebom ludności miejscowej. Ale teraz, gdy reforma ziemska została znowu odłożona na czas nieokreślony, trzeba będzie jeszcze długo czekać, zanim lekarz wiejski zajmie u nas należne sobie stanowisko w sprawie pomocy lekarskiej na wsi. Ale zanim to nastąpi, ileż ofiar pochłonie ciemnota tutejszego ludu i brak najniezbędniejszych środków leczniczych.“

(„Słowo“. 1900. Nr. 219)

Krytyka i bibliografia.

Dr. St. Kozłowski. Co wiemy o żywieniu się ludu naszego. Warszawa. 1900. Str. 24.

W tej broszurze (nieco mylnie zatytułowanej, gdyż mowa tu jedynie o ludzie wiejskim) przytacza autor, obok streszczenia prac innych badaczy, swe własne spostrzeżenia. Te spostrzeżenia oparte są na badaniach doświadczalnych, różniąc się w tej mierze zasa-

dniczo od wszystkich poprzednich, które uwzględniały li tylko ilość pokarmów spożytych, nie starając się sprawdzić, ile z tego przyswoił organizm *naszego wieśniaka*.

Oto postulaty autora, zmierzające do poprawy bytu włościan:

1) Czy niemogłoby Towarzystwo Hygieniczne zwrócić się do władzy duchownej z prośbą, po 1-sze, aby ona nakazała proboszczom szczegółowo wyjaśniać dzisiejsze w sprawie postów wymagania Kościoła, które nie są tak twarde, jak zwyczajowo przestrzegane w niektórych okolicach naszego ludu, i po 2-gie z prośbą o wyjednanie dyspensy stałej dla tych dyecezyi, które jej nie posiadają, dyspensy, któraby pozwalała na używanie nabiału przez rok cały z możliwie najmniejszemi ograniczeniami?

2) Potrzebne są szkoły kucharskie wiejskie, któreby uczyły kobiety wiejskie smaczniejszego przyrządzania pokarmów, nadawania im takiej formy, któraby pozwalała najłatwiej wyzyskać pożywne składniki i urozmaicania samego pożywienia.

3) Rozpowszechnianie wiedzy ogrodniczej, zakładanie, umiejętne prowadzenie rybołówstwa i rozszerzanie tych umiejętności pośród włościan.

4) Nauka rękodzieł podniosłaby stopień zamożności ludu.

5) Aby Tow. Hygieniczne za pośrednictwem sekcyi rolnej i prasy zwróciło się do ziemian, by ci, nie zwlekając dłużej dali środki lepszej egzystencyi swej służbie folwarcznej, a mianowicie:

a) przez zwiększanie ordynaryi wydawanej w zbożu,

b) przez ulepszenie pastewników dla krów służby dworskiej w celu zwiększania ilości mleka.

c) powiększenie przestrzeni ziemi oddawanej pod ogrody,

d) przez umiejętniejszy dobór i rozmaitość potraw i lepsze pod każdym względem ich przyrządzenie dla robotników, pozostających na stole dworskim.

6) Przez t. zw. komasacyę gruntów, t. j. zniesienie szachownicy pól w gruntach włościańskich, na co trzeba uzyskiwać odpowiednie zezwolenie władzy.

7) Przez rozszerzenie wszelkich wogóle wiadomości, mających na względzie lepszą eksploatacyę gruntów.

Wydawnictwo podręczników chirurgicznych z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. d-ra Józefa Mianowskiego. Wydawca: St. Markiewicz.

Th. Billroth i Alex. v. Winiwarter. Wykład chirurgii ogólnej w pięćdziesięciu jeden odczytach. Przekładu z XV-go wydania niemieckiego dokonali: Skłodowski, W. Żurakowski, Watten, Wertheim. Rycin odbitych w tekscie 175. Cena rubli cztery. Warszawa, 1900. Str. II + 1134 + XIV.

Hueter-Lossen. Wykład chirurgii szczegółowej. Z VII przerobionego wydania niemieckiego przełożyli: Leśniowski, Szumlański, Łapiński, Przypkowski, Sławiński, S. Grossglik, Pałęcki, Korzeniowski, N. N. Rycin odbitych w tekście 354. Cena rubli pięć. Warszawa, 1901. Str. 1558 + XCI.

Th. Kocher. Wykład chirurgii operacyjnej. Przekład z III wydania niemieckiego A. Karczewskiego. Cena rubli 1.50. Warszawa, 1900. Str. XX + 478 + III.

W roku 1884-ym dzięki ofiarności osoby, której incognita nie mam chyba potrzeby zdradzać, nasza literatura lekarska zbogacona została dwoma naraz dziełami znakomitemi: patologią ogólną Cohnheima i patologią szczegółową Jaccoud'a.

Podobny fakt—*ofiarowania* polskiemu społeczeństwu lekarskiemu znakomitych podręczników chirurgicznych notujemy w chwili obecnej. Mówimy: ofiarowania, ponieważ niewiele chyba znajdziemy przykładów, gdzieby tyle pracy tłumaczy i tyle wydatków nakładcy uczyniono tak łatwo dostępnymi najszerszemu ogółowi lekarzy.

Mówić o wartości naukowej podręczników, które świeżo po polsku wydano — rzecz chyba zbyteczna. Każdy z nas aż nadto dobrze zna tych autorów i te tytuły. Zresztą, naukowe dzieła, które w ojczystym języku doczekały się trzech, siedmiu lub piętnastu wydań — nie potrzebują zachwalania.

Naszym obowiązkiem było tylko podkreślenie faktu wydania tych dzieł w języku polskim, złożenie publicznego podziękowania tłumaczom, wydawcy i kasie Mianowskiego.

Wydanie tych dzieł uważamy za fakt pierwszorzędnej doniosłości w rozwoju chirurgii w naszym kraju.

Wł. Wroński. Jak sobie na wsi radzić w nagłych wypadkach choroby przed przybyciem doktora. Opowiedział dla pożytku ludu wiejskiego. Z 41 rysunkami. Wydano z zapisu Wł. Pepłowskiego. Warszawa. 1900. Str. 128.

Urządzone w r. 1880-ym, wzorem angielskiego St. John Ambulance Association, w Niemczech „kursy samarytańskie" znakomicie się tam przyjęły i dosięgły ogromnego rozwoju. Trudno obliczyć, ilu zapobiezono kalectwom i śmierciom dzięki temu, że w każdem zbiegowisku ulicznem znajdzie się chociaż jedna osoba, umiejąca podać „pierwszą pomoc". Te kursy stanowią też znakomitą pomoc w walce z partaczami lekarskimi. Gdy bowiem dawniej do każdego takiego przypadku — zanim zdążono lub zdecydowano się wezwać lekarza — zjawiał się jakiś znachor, który już chorego z opieki nie wypuszczał, dziś — dzięki owym „samarytańskim kursom" partaczy daleko rzadziej do nagłych wypadków wołają. Przygodni zaś samarytanie zazwyczaj kierują chorych do lekarzy.

U nas nie tylko nic o „kursach samarytańskich" nie słychać[1]) ale nawet brak źródeł informacyjnych w postaci opisu książkowego. Takim podręcznikiem, uwzględniającym stosunki i pojęcia

---

[1]) Wiemy jedynie o nielicznych takich kursach: dla górników (Dr. Neufeld. Udzielanie pierwszej pomocy. Sosnowice 1899), dla robotników (Dr. Schroetter. Pierwsza pomoc i t. d. Czasop. lek. 1899. Str. 292).

wiejskie, jest książka kol. Wrońskiego. Napisana świetnie, uwzględnia wszelkie rodzaje nagłych wypadków (nie zapomniano nawet o zaprószeniu oka). Ostatni rozdział daje wskazówki, jak należy przenosić i przewozić ranionych i chorych.

Dziełko to rozesłano jako dodetek bezpłatny do zeszytu I-go „Zdrowia“ za rok bieżący.

Dr. med. H. Higier. Z Hygieny ciała i ducha oraz metodyki nauczania i wychowania w szkole i w domu. Uwagi w sprawie reformy szkolnej. Warszawa. 1900. Str. VIII + 234 + VI.

„Dla życia nie dla szkoły się uczymy“. Pod tem godłem wygłosił Dr. Higier w sekcyi wychowawczej Warsz. Tow. Hygienicznego szereg odczytów, które powiązał w książkę o powyższym tytule. Jakkolwiek lwia część wykładu przypada pedagogii, to i w tej części strona lekarska została do gruntu wyczerpana. Ustępy poświęcone hygienie ciała, bezpośrednio obchodzące lekarzy, opracowane są z wielką znajomością rzeczy.

Aby dać pojęcie o tem niezmiernie ciekawem dziele przytoczę najogólniejszą treść jego: Przeciążenie fizyczne i umysłowe. Metody badania pzzychofizyologicznego. Gimnastyka i hygiena jej. Program szkolny, rozkład czasu. Prawa rozwoju umysłowego. Powietrze, pożywienie, sen w stosunku do życia szkolnego. Egzamina. Newroza szkolna. Przeciążenie nauczycieli. Rola lekarza w reformie nauczania. Lekarz szkolny. Nauczanie języków, matematyki, historyi i t. d. Gimnastyka. Fizyologia i psychologia uwagi, pilności. Karność. Rozdźwięk między życiem szkolnem a domowem. Wady szkolnictwa. Dzieci nienormalne w szkole. Dzieci fizycznie słabowite. Typy szkół. Reforma szkoły w różnych krajach.

L. Gr. Leczenie suchot. Warszawa. Odbitka z Miesięcznika „Kuryera Polskiego“. Str. 27.

Pierwsza część tej broszury jasno i treściwie przedstawia obecny stan nauki o suchotach płuc i współczesnych metodach leczenia pierwszych okresów tej choroby. Niestety, w drugiej części zbyt jednostronnie zarówno ryciny jak i treść opisują jedyną w Królestwie prywatną lecznicę dla piersiowych, racyonalnie urządzoną. W opisie tej lecznicy niema przesady, ale dlaczego w tytule nie powiedziano wprost: „Otwock i leczenie suchot“. Anonimowość autora też nie jest na miejscu, kiedy się chwali zakład prywatny. Dwa te względy zmniejszają dodatni wpływ takiej broszury, zkądinąd bardzo pożyteczej.

S. S.

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K, Jonscher, J. Koliński, A. Krusche. J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz A. Tumpowski,

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Доз. Ценз. г. Лодзь, 22 Января 1901 г. Druk A. Karskiego. Nowy Rynek 11.